

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904. — N° 147

DE LA
PNEUMONIE
DU SOMMET.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 avril 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul MAESTRAGGI

Né le 5 janvier 1878, à Loreto de Casinca (Corse)



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 147

DE LA

PNEUMONIE DU SOMMET

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 avril 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul MAESTRAGGI

Né le 5 janvier 1878, à Loreto de Casiuca (Corse)



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
HUGOUNENQ ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
	PONCET.
Cliniques chirurgicales	JABOULAY.
	FOCHIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	GAYET.
Clinique ophthalmologique	GAILLETON.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PIERRET.
Clinique des maladies mentales.	WEILL.
Clinique des maladies des enfants.	MONOYER.
Physique médicale.	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie	BEAUVISAGE.
Matière médicale et Botanique.	LORTET.
Parasitologie	TESTUT.
Anatomie.	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie	MORAT.
Physiologie.	TEISSIER.
Pathologie interne.	AUGAGNEUR.
Pathologie externe.	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TRIPPIER.
Anatomie pathologique	POLLOSSON (Maurice).
Médecine opératoire.	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT (J.).
Hygiène	SOULIER.
Thérapeutique.	FLORENCE.
Pharmacologie.	

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire DOYON,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale.	MOREAU, —
Anatomie topographique	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SIRAUD.	MM. BERARD.	MM. VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUG.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.)	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. CECCALDI, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BONDET, Président ; COLLET, Assesseur ;
MM. BOYER et SIRAUD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BONDET

Professeur de Clinique médicale, Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR LYONNET

Médecin des Hôpitaux

AVANT - PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous est fort agréable d'adresser à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux l'expression de notre profonde reconnaissance.

M. le Professeur Bondet, dont nous avons suivi avec plaisir les intéressantes leçons, voudra bien accepter nos sincères remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

M. le Docteur Lyonnet, médecin des hôpitaux, à qui nous devons l'idée première de ce modeste travail, peut aussi être assuré que nous n'oublierons jamais la bienveillance avec laquelle il nous a reçu dans son service.

Nous remercions vivement M. le Docteur Mouisset, médecin des hôpitaux, d'avoir bien voulu mettre à notre disposition une observation fort documentée.

Notre ami, le Docteur Rome, interne des hôpitaux, saura que notre amitié, déjà assez ancienne, ne fera que s'accroître et que nous n'oublierons jamais toutes les marques de sympathie qu'il nous a prodiguées.

INTRODUCTION

Tout a été dit, certes, sur la pneumonie du sommet et nous n'avons point la prétention d'apporter des choses bien nouvelles sur une question tant de fois traitée par les maîtres les plus autorisés. Depuis Laennec, Grisolle, Andral, Peter, jusqu'à Aufrecht, les divers aspects de cette maladie ont été bien mis en lumière, et la distinction avec la pneumonie de la base nettement établie.

Il nous est difficile de vouloir bien donner un cachet personnel à un sujet aussi vaste et qui demanderait une bien plus longue étude.

Rassembler dans un aperçu rapide tout ce qu'il y a de spécial dans la pneumonie du sommet, tel a été notre but. Un point nous intéressait en outre tout particulièrement, c'était le diagnostic différentiel entre la pneumonie du sommet avec signes pseudo-cavitaires et la tuberculose à la troisième période. Des cas assez nets, que nous avons recueillis, prouvent combien l'erreur peut être facilement commise.

Nous avons essayé aussi de mettre en relief les différentes complications qui peuvent accompagner cette pneumonie, de même que les conditions nécessaires pour la fixation du pneumocoque au sommet du poumon.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE I.

ÉTIOLOGIE

Nous ne ferons pas l'étiologie générale de la pneumonie lobaire banale ; nous nous attacherons seulement à montrer dans quelles circonstances cette phlegmasie se localise à un lobe et spécialement au sommet.

Ici, comme à la base, il faut que les conditions étiologiques nécessaires soient réunies pour provoquer l'éclosion de la maladie : *arrivée du pneumocoque, fixation dans un lobe et préparation de l'organisme*. Nous admettons avec les auteurs (Netter, dans Charcot-Bouchard) que la pneumonie est une affection spécifique, liée à la localisation et au développement dans un lobe pulmonaire d'un microbe particulier, le pneumocoque de Talamon-Frænkel, qui peut exister dans la cavité bucco-pharyngée ou y être apporté par contagé.

Pour que le pneumocoque puisse produire la pneu-

monie, il faut que toutes les parties d'un lobe pulmonaire soient rapidement transformées en terrain favorable à la pullulation des microbes.

On a cherché à expliquer de deux façons différentes la localisation de la pneumonie à un lobe ou à un segment de poumon : par une *action réflexe*, soit *périphérique*, soit *centrale*.

Le froid, considéré aujourd'hui comme cause occasionnelle, mettrait en jeu le réflexe périphérique et préparerait un lobe du poumon à l'invasion microbienne. Mais pourquoi le poumon entier n'est-il pas atteint ? D'ailleurs, le refroidissement n'existe pas toujours au début de la maladie.

Paul Carnot (*Presse médicale*, 1902, n° 8) admet un réflexe central. Il nie l'intervention du système nerveux périphérique. Les lésions du pneumo-gastrique amènent des broncho-pneumonies et non des pneumonies. D'après lui, chaque viscère ou fragment de viscère est relié à un centre spécial. La toxine pneumococcique agit directement sur un lobe du poumon ; par réflexe, le centre nerveux dont il dépend sera parésié, et l'infection aura le champ libre dans cette partie du poumon.

Mais réflexe périphérique ou réflexe central sont de simples hypothèses qu'aucune expérience n'est venue confirmer. Il existe un bloc hépatisé dans le poumon ; la raison immédiate de ce fait nous échappe. On a pourtant vu quelquefois une pneumonie succéder à un *traumatisme* sur une région du thorax.

On admet que la localisation se fait plus souvent à la base qu'au sommet. Andral a trouvé une pro-

portion de deux pneumonies du sommet pour trois de la base. D'après une statistique récente d'Aufrecht (article Pneumonie, in *Ther. et pathol. de Nothnagel*, Vienne 1897) qui a porté sur 1501 cas de pneumonies, on trouve :

13,5 %	de pneumonies	du sommet ;
47,5 %	—	de la base ;
16,7 %	—	généralisées ;
12,6 %	—	bilatérales ;
7,5 %	—	de deux lobes à droite ;
2,3 %	—	moyennes à droite.

Quelles sont les raisons spéciales qui font que le pneumocoque se localise au sommet et engendre la pneumonie ?

Peter, dans une leçon célèbre, a essayé de résoudre le problème. Pour lui, « la pneumonie du sommet est la plus fréquente dans un organisme moins résistant, car le poumon est histologiquement un organe peu vivant et par suite peu résistant, et le sommet de cet organe est la partie la moins vivante encore. Ainsi dans un organisme devenu moins résistant par le fait des années, des passions ou des diathèses, le poumon, le moins résistant des viscères, s'affectera le plus volontiers, et le sommet, partie la moins résistante, s'affectera plus volontiers encore ».

Le sommet du poumon est la partie la plus misérable de cet organe. Il est, pour ainsi dire, immobilisé pendant l'acte respiratoire, les premières côtes ne participant presque pas au mécanisme thoracique. La

ventilation ne pourra pas se faire dans cette région et l'hématose sera défectueuse : ces troubles de l'hématose amèneront encore une diminution dans la nutrition des parois des vésicules.

On sait, en outre, combien les poussières s'arrêtent facilement au sommet par suite de la disposition coudée des bronches et combien elles sont expulsées difficilement à cause de la faiblesse de l'expiration. Il en sera de même des microbes, témoin le bacille de Koch.

Si l'organisme lui-même est affaibli, les sommets seront encore moins résistants à l'action microbienne. La tuberculose ne se développe-t-elle pas surtout chez les surmenés ? De son côté, la pneumonie du sommet sera l'apanage des *débilités*. Elle est plus rare chez l'adulte vigoureux. Elle atteint plus souvent les *vieillards*, les *alcooliques* et les *enfants*, dont les tissus sont encore faibles.

M. Weill, dans son Précis de médecine infantile, dit que la pneumonie est fréquente chez l'*enfant*. Il l'a observée dans une proportion de 5 pour 100 sur la totalité des maladies. Elle est particulièrement fréquente de 2 à 6 ans. Près des deux tiers de ses observations se rapportent à des enfants au-dessous de 7 ans ; un tiers à des enfants de 8 à 14 ans. Rilliet et Barthéz, sur 406 cas, en comptent 243 entre 2 et 6 ans et 163 entre 7 et 14. Au-dessous de 2 ans, elle est rare. « La pneumonie, dit M. Weill, siège plus souvent à droite qu'à gauche, presque aussi souvent au sommet qu'à la base. »

Le *vieillard* paie lui-même un large tribut à cette

pneumonie localisée. D'après Peter, « la pneumonie est une manière de mourir et constitue la fin naturelle des vieillards ». Il nous dit que Prus a constaté qu'un sixième des vieilles femmes de la Salpêtrière succombaient à la pneumonie.

Une statistique de Desgranges (thèse Paris, 1897), portant sur 21 cas de pneumonie chez les vieillards, signale 14 pneumonies du sommet et 7 de la base. Ces conclusions coïncident avec celles de Durand Fardel qui, sur 23 pneumonies, en trouve 15 du sommet, 7 de la base, 1 du lobe moyen. Comme cause, Desgranges invoque l'état de moindre résistance du poumon scléreux, emphysémateux, dans lequel la respiration s'effectue difficilement et qui reçoit peu de sang d'un myocarde usé. Le sommet sera donc ici encore affaibli.

L'*alcoolisme* est aussi un facteur important de la pneumonie du sommet. « L'alcoolisme, dit Fournier in Dict. Dechambre, favorise le développement des affections pulmonaires en général, lesquelles sont beaucoup plus fréquentes chez les buveurs que chez les sujets non adonnés aux spiritueux ; dans le cours d'une intoxication chronique, des excès nouveaux et considérables provoquent parfois des accidents aigus vers le poumon : congestion, apoplexie, pneumonie. » Or, d'après Lancereaux, sur 12 pneumonies chez les alcooliques, 7 siègent au sommet. .

Remarquons maintenant avec tous les auteurs que la pneumonie siège de préférence au *sommet droit*. Grisolle la croit deux fois et demie plus fréquente qu'à gauche. Barth trouve, sur 19 cas de pneumonie

du sommet, 18 droites ; Rilliet et Barthez, sur 42, 38 droites. Nous ne savons à quoi attribuer cette prédilection pour le sommet droit. Peut-être l'accès du pneumocoque est-il plus facile ?

Telles sont les circonstances dans lesquelles se produit la pneumonie du sommet.

CHAPITRE II.

SYMPTOMES ET COMPLICATIONS

Par suite de sa localisation au sommet, la pneumonie peut ne pas présenter les symptômes caractéristiques de cette phlegmasie.

Le *point de côté* est moins violent, parfois même nul. Cette diminution de la douleur est due à ce que les lésions thoraciques ne sont pas étendues. Il y a donc moins de nerfs intercostaux lésés. La locomotion thoracique est, en outre, plus faible au sommet et la sensibilité générale émoussée par la vieillesse et l'alcoolisme.

Les mêmes causes entraînent une atténuation de la *toux*, qui peut quelquefois être assez vive.

La *dyspnée* est moins intense, la plus grande partie du poumon n'étant pas atteinte et pouvant fonctionner presque normalement.

L'*expectoration* manque assez souvent. Elle peut être tardive (obs. IV).

L'enfant déglutit ses crachats. Bouillaud en trouve la cause dans ce fait que les mouvements et les secousses de toux, qui entraînent les masses contenues dans les alvéoles, ont une influence moindre sur les lobes supérieurs que sur les inférieurs. Aufrecht invoque le remplissement défectueux des alvéoles au stade hépatisation rouge et une hyperhémie moindre. D'où il résulte que la sécrétion concomitante des fines bronches est plus faible que dans les pneumonies de la base.

Les *signes physiques* sont eux-mêmes plus cachés.

Pour Aufrecht, au stade d'engouement, la *percussion* donne quelquefois une sonorité tympanique. Cette sonorité, qui fait place à de la matité au moment de l'hépatisation rouge, persiste souvent dans la pneumonie du sommet. Ici l'hépatisation rouge est moins complète, toujours d'après le même auteur, et l'air peut rester en partie. Cette persistance de l'éclat tympanique est due aux mêmes causes qu'au stade engouement : défaut d'élasticité du tissu alvéolaire. D'après de Brun (de Beyrouth), quand le poumon est totalement hépatisé, c'est-à-dire, quand le sommet lui-même est pris, on a un foyer de tympanisme sous-claviculaire, d'autant plus marqué qu'on se rapproche du sternum. Ce tympanisme est à timbre de bruit de pot fêlé et émane de la trachée et des premières bronches. Si le sommet seul est pris, cette sonorité anormale ne sera pas aussi intense, mais la tendance au bruit de pot fêlé pourra exister et faire songer à une excavation pulmonaire. Woillez cite

aussi le tympanisme sous-claviculaire et en fait un signe de la pneumonie du sommet.

La *matité*, quand elle existe, répond au lobe atteint : fosses sus et sous-épineuses surtout. Elle est plus rare en avant.

Le *souffle tubaire* manque assez souvent. Cela d'après Aufrecht, à l'hépatisation rouge incomplète. L'air n'est pas entièrement chassé des alvéoles parce que le sang ne les a pas remplies en quantité suffisante. Il ne peut donc pas se former de colonne d'air en repos dans les bronches qui conduisent au lobe malade. Aufrecht explique, en effet, que le souffle bronchique se produit dans les parties malades du poumon, seulement parce que le courant d'air, inspiré dans les parties saines et repoussé par elles, va au-devant d'une colonne d'air au repos dans les bronches du lobe supérieur. Aussi longtemps donc que l'air peut être inspiré encore dans les alvéoles seulement à moitié pleines du lobe supérieur, la formation de la colonne d'air au repos n'est pas possible dans ces bronches et les conditions pour la présence du souffle tubaire ne sont pas remplies.

Le souffle peut être tubo-cavitaire (Obs. VI). Il n'existera d'autrefois que dans le creux de l'aisselle qu'il ne faudra jamais oublier d'ausculter.

Les *râles* de la pneumonie du sommet sont ordinairement peu étendus, lents à paraître ; on les trouvera dans les fosses sus et sous-épineuses et quelquefois dans le creux de l'aisselle (Obs. IV). Ils seront crépitants, se présenteront en bouffée (Obs. III), ou bien ils seront plus humides, muqueux et la toux

leur donnera une tendance au gargouillement (Obs. I, II et VI). Ce caractère spécial pourrait faire penser à une caverne et nous verrons à propos du diagnostic toute l'importance de ce pseudo-gargouillement.

L'état général est assez mauvais, car le malade est déjà un débilité ou un vieillard. Le début est souvent insidieux, lent (Obs. IV): dans ce cas, le malade a eu de petits frissons répétés. La température ne dépasse pas trop 39°. Nous n'avons pas constaté d'ictère dans nos cas de pneumonie du sommet, mais Peter nous dit que l'ictère est bien loin d'être rare. Le pouls est assez fréquent. Il bat une centaine de fois à la minute; il est dicrote et dépressible.

Comme dans les autres pneumonies on peut constater de l'herpès labial, de la rougeur de la pommette surtout du côté du sommet atteint. L'albumine dans l'urine n'est pas rare.

Il est un fait assez commun de voir une pleurésie accompagner la pneumonie, c'est une *pleurésie parapneumonique*. D'après Siems (thèse, Paris 1901), ces pleurésies se rencontrent dans 25 % des cas de pneumonies, sans que le siège de l'hépatisation joue un rôle dans leur fréquence. Elles sont presque toujours séreuses.

Quand la pneumonie occupe le sommet et la pleurésie la base, chacune des deux lésions se présente avec ses signes respectifs en deux points différents de la poitrine. Le diagnostic est facile à cause de la superposition des symptômes. Le pronostic est favo-

nable. Siems publie quatre observations de pneumonie du sommet avec pleurésie de la base du même côté.

Le *terrain* lui-même aura une action sur l'aspect de cette pneumonie qui par elle-même est déjà assez spéciale.

L'enfant sous le coup de cette localisation pneumococcique présentera surtout des *symptômes nerveux*, vu sa faiblesse relative et la tendance qu'il a à traduire ses moindres affections par des réactions nerveuses. Les troubles nerveux atteignent même un tel degré d'intensité chez l'enfant que Rilliet et Barthez frappés, par leur prédominance sur les symptômes thoraciques, ont désigné ces pneumonies sous le nom de pneumonies cérébrales. Ils ont admis deux variétés : le *type éclamptique* et le *type méningé*.

Dans la *forme éclamptique*, l'invasion est signalée par des convulsions, tantôt partielles, tantôt générales, avec toute l'allure de l'éclampsie infantile.

Dans la *forme méningée*, on aura, avec la température, de la céphalalgie, du délire, des vomissements avec constipation, puis le malade tombera dans la torpeur. Tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse paraissent exister en même temps, mais ces accidents qui durent plusieurs jours ne s'aggravent pas. En outre, la dyspnée, devenant de plus en plus forte, attirera notre attention sur l'appareil respiratoire et, après plusieurs tâtonnements, on découvrira au sommet une bouffée de râles crépitants avec retentissement bronchique de la respiration. Puis les phénomènes nerveux se calment et la maladie reprend ses caractères habituels. (Obs. VIII.)

Woillez et Dubrécé attachent une grande importance au tympanisme sous-claviculaire chez l'enfant.

Chez le vieillard, la pneumonie du sommet peut être régulière et se terminer par la guérison, mais souvent elle prend des allures particulières qui la rendent tout à fait méconnaissable.

Les vieillards offrent des organismes usés; les réactions nerveuses sont lentes, les divers organes sont pour ainsi dire isolés et leurs lésions ne réagissent que difficilement sur les centres, d'où disproportion entre l'affection locale et les phénomènes généraux. D'autre part, le ralentissement de la circulation, l'état athéromateux des artères affaiblissent l'organe cérébral dans sa vitalité et le moindre choc morbide qui vient encore troubler sa nutrition imparfaite suffit à rompre irrémédiablement son équilibre.

Ces deux états correspondent aux deux aspects symptomatiques que Germain Sée a très nettement distingués et décrits : *pneumonie lente* et *pneumonie apoplectique*.

Dans le premier cas, la pneumonie évolue sans aucun symptôme apparent, qu'elle siège au sommet ou à la base, et le malade meurt, ne présentant ni toux, ni expectoration, ni point de côté, avec seulement un peu d'agitation et quelques troubles digestifs. L'autopsie nous révèle un foyer pneumonique.

Dans la forme apoplectique, que Charcot et Vulpian, puis M. Lépine, ont bien étudié, les accidents cérébraux coïncident avec le début même de la maladie; d'autres fois, ils ne paraissent que le 4^e ou le 5^e jour. Dans les deux cas, l'ictus est brusque et le

malade tombe sans connaissance. La résolution musculaire est complète. Souvent au bout de quelques heures, il reprend ses sens, mais il conserve une hémiplégie plus ou moins totale. Parfois le coma persiste et la mort ne tarde pas à survenir.

Vulpian et Charcot n'ont pu rattacher ces faits à une lésion matérielle de l'encéphale; il admettent une simple *action reflexe*. M. Lépinc croit qu'il s'agit d'une *ischémie* plus ou moins généralisée d'un hémisphère sous l'influence de l'altération athéromateuse des artères, de l'inopexie pneumonique, de la diminution de tension artérielle par suite de l'affaiblissement cardiaque. Chez plusieurs sujets, en effet, on a trouvé, soit un commencement de ramollissement cérébral, soit un athérome très prononcé.

Aufrecht invoque, comme dans l'urémie, un *œdème partiel de la substance cérébrale*, consécutif à des troubles sanguins. Il a observé deux cas d'hémiplégie pneumonique chez des enfants, tous deux terminés par une guérison. Pour expliquer la présence de ces hémiplégies, il admet d'abord un état de faiblesse de l'organe offrant la complication. « En outre, dit Aufrecht, le siège de la pneumonie ne me semble pas sans importance; dans les deux cas, les sommets en étaient atteints. Si nous cherchons les causes pour lesquelles les symptômes cérébraux sont plus fréquents dans les pneumonies du sommet, nous pouvons les trouver dans ce fait, que, dans ces pneumonies, l'influence de la pression négative inspiratoire est le plus diminuée et en conséquence le retour du sang du cerveau au cœur rendu plus difficile. Cette

gène à la circulation veineuse de retour doit donc favoriser à un haut degré l'issue de la sérosité des vaisseaux artériels ou des capillaires du cerveau, surtout chez l'enfant. »

Barth rapproche ces faits de ce qui se passe dans l'urémie, le diabète, où une influence morbide diffuse se traduit sur les centres nerveux par des troubles localisés. Il dit « qu'en l'absence de toute lésion dégénérative, il est permis de penser que la perturbation, par l'invasion brusque d'une pneumonie, suffit chez certains vieillards à rompre l'équilibre qui ne tenait plus qu'à un fil et à provoquer des accidents plus ou moins systématisés. »

L'*alcoolisme*, dont nous avons vu l'action sur la localisation de la pneumonie au sommet, pourra aussi donner à la maladie une allure particulière. L'*alcoolisme* est une véritable maladie; les lésions chroniques, qu'il occasionne dans les tissus, affaiblissent les organes et la stimulation artificielle, qu'il exerce sur les centres nerveux, prive ceux-ci de leur vigueur physiologique. Il en résulte que chez les buveurs, la pneumonie est plus apte à suppurer et peut être accompagnée des phénomènes nerveux les plus graves.

Souvent chez l'*alcoolique* le début est insidieux; le frisson initial manque; pas de point de côté, pas d'expectoration, à peine de la toux. Mais la température s'élève rapidement et le malade est bizarre, agité: incohérence dans les idées, volubilité de la parole, tremblement de la langue et des lèvres; l'insomnie est complète. Le délire ne tarde pas à se

déclarer. Il peut consister en de simples hallucinations professionnelles ou être très intense.

Ce *délire* des alcooliques se présente pendant la période d'état et disparaît avant la défervescence comme dans notre observation IV, ce qui permet de simplifier le diagnostic.

Terrile et Giordano, qui ont étudié 45 cas de délire dans la pneumonie, ont trouvé 19 cas de pneumonie du sommet. Douze de leurs malades étaient alcooliques. Ils rattachent le délire à la gravité de l'infection.

Fontaine, dans sa thèse, décrit trois variétés de délire. Il fait rentrer le délire des alcooliques dans la première variété : *délire de la période d'état*. Il signale en outre un *délire de convalescence* qui se voit chez les dégénérés et les nerveux héréditaires. La troisième variété est un *délire tardif* ou précyclique, précédant la défervescence (obs. V); il serait dû à l'action des toxines du pneumocoque sur les centres nerveux. Pour Fontaine, le siège de la pneumonie est sans rapport avec le délire.

Mais d'après Bouillaud, la localisation de la phlegmasie au sommet est un fait important dans l'étiologie du délire, sans doute en raison des connections qui existent entre le sommet et les centres nerveux.

Barth attribue le délire des alcooliques à la privation du stimulus habituel et à l'anémie cérébrale consécutive. « Aussi, dit-il, l'administration d'une quantité modérée d'alcool est-elle le meilleur moyen de faire cesser les accidents. »

Trousseau compare le délire de la pneumonie au

delirium tremens qui se produit à l'occasion d'une fracture compliquée de membre ou d'une opération. La pneumonie serait le coup de fouet qui ébranlerait le système nerveux.

Mais le délire n'existe pas seulement chez les alcooliques. La fièvre étant une cause de délire, cette manifestation nerveuse pourra se trouver aussi chez les enfants, les adultes affaiblis et les vieillards non alcooliques, mais ici le *délire sera initial* et proportionné à la température ou précyclique.

En résumé, chez les enfants, les vieillards, les alcooliques ou surmenés, outre le peu de netteté des symptômes de pneumonie, nous aurons des réactions nerveuses multiples en rapport soit avec le siège de la phlegmasie, soit avec le terrain ou l'âge du malade.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Nous venons de voir combien les signes physiques ou fonctionnels de la pneumonie du sommet sont peu marqués et inconstants, souvent rien n'attirera notre attention du côté du poumon.

En principe, il faudra donc ausculter délibérément les sommets des vieillards, des enfants, des alcooliques à toute manifestation fébrile. Les fosses sus et sous-épineuses sont le siège principal de la matité, des râles ou du souffle, mais d'autres fois on ne trouve ces signes que dans le creux axillaire qu'il ne faudra jamais oublier d'examiner au risque des plus graves méprises. Le tympanisme de la fosse sous-claviculaire pourrait aussi nous mettre sur la voie du diagnostic.

D'autres affections peuvent siéger au sommet du poumon et présenter des ressemblances avec la pneumonie. Mais le début plus ou moins brusque, l'allure pyrétique de la maladie éclairera le médecin.

La *pneumokoniose*, l'*anthracose*, la *sidérose* sont en rapport avec la profession du sujet. Elles sont bilatérales, apyrétiques et leur évolution est plus lente.

La *dilatation bronchique* se signale par l'abondance et la fétidité des crachats.

La *pleurésie purulente enkystée du sommet* présente de la voussure des premiers espaces intercostaux avec de l'œdème de la paroi. Les vibrations thoraciques sont abolies et la ponction nous fait constater la présence d'un épanchement.

La *pneumonie caseuse* peut aussi siéger au sommet et être unilatérale, mais l'évolution est plus lente, le début plus insidieux, le souffle persistant. L'expectoration muco-purulente, puis puriforme renferme le bacille de Koch et des fibres élastiques.

La *tuberculose* au début, dont le siège de prédilection est le sommet, est rarement unilatérale. Les symptômes généraux sont peu alarmants. Au lieu du souffle nous n'aurons que de la rudesse de la respiration. La percussion nous donnera de la submatité vraie.

A la deuxième et à la troisième périodes de la tuberculose, tous les symptômes fonctionnels et généraux nous empêcheront de méconnaître le genre de maladie. Cependant, des cas de tuberculose fibreuse, avec conservation d'un aspect général satisfaisant, seront plus difficiles à diagnostiquer. La matité, le souffle tubo-cavitaire, la résonnance de la voix et de la toux, l'exagération des vibrations, les râles et les gargouillements pourront nous faire hésiter entre une tuberculose ou une pneumonie, si la fièvre reste

à peu près stationnaire, mais il est rare que l'autre sommet ne soit atteint et d'ailleurs, le souffle n'est pas tubaire, mais tubo-cavitaire. La persistance des mêmes signes nous éclairera aussi.

Mais d'autres fois le sommet est indemne de toute localisation tuberculeuse et la *pneumonie se présente avec l'allure de la tuberculose à la période cavitaire*. Cette erreur est parfois commise chez un malade dont le début de la maladie échappe à l'observation du médecin. Dans l'observation I que nous citons, le sujet dont les antécédents héréditaires sont douteux et qui tousse depuis six mois présente un souffle à timbre creux et des râles humides avec tendance au gargouillement. L'expectoration est muco-purulente et la température de 40°4. La défervescence et la disparition rapide de tous les signes confirmèrent le diagnostic de pneumonie. Il en est de même des observations II et VI. Le malade de l'observation VI avait eu une pleurésie, ce qui pouvait encore faire croire à de la tuberculose. Mais ses crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch.

L'erreur est encore plus inévitable quand le médecin ne voit le malade qu'après la défervescence avec un facies pâle, des sueurs, de l'abattement et des râles humides simulant le gargouillement. Mais les râles se modifient de plus en plus jusqu'à la disparition complète et au retour *ad integrum*.

Neumager, dans sa thèse, insiste sur les signes pseudo-cavitaires de certaines *pneumonies grippales*, signes qui se rencontrent surtout dans la pneumonie du sommet et peuvent faire penser à des cavernes.

Le diagnostic se basera sur les commémoratifs et l'évolution de la maladie. Les cavernes sont lentes à se produire ; le pseudo-gargouillement peut apparaître du deuxième au neuvième jour.

Les signes cavitaires vrais sont fixes, stables et vont en augmentant avec les lésions ou bien ne disparaissent que très lentement sous l'influence d'un processus fibreux. Les signes pseudo-cavitaires se montrent très rapidement. Ils sont très mobiles, changeant de région et disparaissent.

Les symptômes concomitants trancheront définitivement le diagnostic.

L'expectoration abondante, purulente et nummulaire de la tuberculose contiendra le bacille de Koch. Dans la pneumonie, l'expectoration plus ou moins caractéristique contiendra le pneumocoque de Talamon Fränkel. Enfin, le début de l'affection, sa marche, la fièvre pneumonique seront aussi d'une grande importance. La radioscopie, comme dans l'observation VI, nous donnera la ligne de démarcation nette entre le lobe atteint et le lobe sain. Mais dans notre cas, la zone claire ovalaire à l'extrême sommet pouvait encore faire penser à une caverne.

Chez l'enfant, la pneumonie du sommet pourra être confondue avec toute maladie aiguë présentant des symptômes nerveux, surtout à la *méningite* (obs. VIII). Aussi faudra-t-il, dès le début, savoir déceler sous le masque éclamptique ou méningé la localisation du pneumocoque et chercher soigneusement la bouffée de râles crépitants révélatrice.

Les recherches de laboratoire, le fibrin-diagnostic,

la ponction lombaire pourront même être pratiqués si le diagnostic est par trop difficile. Dubrécé, dans sa thèse (Paris, 1901-02), nous expose longuement les méthodes et les résultats de ces recherches.

Éviter aussi des erreurs chez les vieillards, erreurs qui seront d'autant plus faciles qu'aucun signe positif de pneumonie ne sera apparent. Mais, comme la pneumonie est la fin naturelle des vieillards, d'après Peter, il faudra la rechercher avec soin et en auscultant chaque jour, on finira par découvrir la lésion, si minime soit-elle. Les troubles nerveux pourraient nous égarer, mais pourquoi ne nous feraient-ils pas songer de prime abord à la pneumonie, quitte à abandonner notre hypothèse si l'évolution de la maladie nous contredisait par la suite.

CHAPITRE IV.

ÉVOLUTION

Le début de la maladie est très souvent insidieux. Il n'est pas toujours solennel comme dans la pneumonie de la base avec un frisson unique. Les frissons peuvent être multiples et répétés.

Les symptômes que nous avons étudiés ne se succèdent pas aussi régulièrement : le râle crépitant qui peut, du reste, ne pas exister nettement, n'est pas mathématiquement suivi du souffle tubaire, et le râle crépitant de retour n'est pas aussi caractéristique qu'à la base. En un mot, les trois périodes de la pneumonie peuvent s'imbriquer, se confondre et la maladie évoluer plus rapidement ou, au contraire, traîner en longueur.

Toutefois, d'une façon générale, la durée est sensiblement égale à celle de la pneumonie de la base et, au bout du septième ou du neuvième jour, la défervescence se fait.

Si la *guérison* se produit, la résolution sera plus lente et la convalescence plus longue : il y a parfois induration.

Le passage à l'*état chronique*, chose rare dans la pneumonie, ne s'observe guère que dans les cas de pneumonie du sommet ; cela résulte de l'observation d'Andral ou de Grisolle.

« La pneumonie chronique, qui est telle dès son début, dit Andral, a été plus souvent rencontrée par nous dans les lobes supérieurs ». (*Clinique médicale*, t. II, page 498).

Nous avons du reste un exemple frappant de pneumonie chronique au sommet dans l'observation VII que nous publions et dont M. le Professeur agrégé Paviot a fait l'observation microscopique.

L'*hépatisation grise* peut aussi se produire. Sur 29 observations de pneumonie, Andral a signalé 7 cas de mort par suppuration du poumon ; dans 4 de ces 7 cas, l'inflammation siégeait au lobe supérieur. Ces malades avaient 39, 40, 49, 62 et 67 ans.

La terminaison par *abcès*, chose infiniment rare se verra surtout dans la pneumonie du sommet. Ainsi, dans 26 cas réunis par Grisolles, les abcès siégeaient :

Dans le lobe supérieur.	12 fois.
— — inférieur.	9 —
— — moyen.	2 —

Dans trois cas les abcès étaient multiples.

CHAPITRE V

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

« La pneumonie du sommet, dit Monneret, dans le *Compendium de médecine pratique*, expose le malade à de plus grands dangers, et l'on a à redouter, plus que dans les autres pneumonies, les symptômes adynamiques, le délire et la terminaison par la suppuration ».

Cette maladie est en effet des plus graves : sa gravité dépend d'ailleurs beaucoup de l'état général de l'organisme atteint. Quand le terrain est assez bon, elle est moins redoutable. Dans un organisme dégradé, ruiné physiologiquement par l'âge, l'ivrognerie, la misère, elle se termine ordinairement par la mort.

Grisolle a vu la mortalité, qui ne dépasse pas 13 % pour la pneumonie unilatérale de la base, atteindre 20 % pour celles du sommet.

Selon See, « ce n'est pas la localisation dans le lobe

supérieur qui fait cette gravité ; ce sont les conditions étiologiques mêmes qui ont favorisé cette localisation du microbe, c'est le mauvais état général antérieur du sujet, qui assombrissent le pronostic. Chez un adulte vigoureux, chez les enfants, la pneumonie du sommet n'est pas plus grave que celle de la base ».

Andral sur 29 cas de pneumonie du sommet chez les vieillards a constaté 7 décès.

Aufrecht, d'après sa statistique personnelle, a eu sur 145 pneumonies du sommet droit 19 morts, soit 14 %, et sur 57 pneumonies du sommet gauche, 7 morts, soit 12 % ; il en conclut que la pneumonie du sommet n'est pas plus dangereuse que celle de la base, contrairement à l'opinion d'Andral et de Grisolle.

Peter ajoute que : « si redoutable que soit réellement l'état de l'organisme générateur de la pneumonie du sommet, le malade peut encore guérir ; mais c'est œuvre de labeur et d'expérience ; il n'y a pas ici de formule inflexible, c'est affaire d'indication ».

Tous les cas que nous publions se sont terminés par la guérison plus ou moins rapide, à l'exception d'un seul où la mort est arrivée au milieu de plusieurs manifestations pathologiques. Il est vrai que la plupart de nos malades étaient des adultes jeunes que l'alcoolisme seul avait minés.

Le traitement ne différera pas beaucoup de celui de la pneumonie de la base et variera suivant l'aspect de la maladie. Quand la fièvre est légère, expectation ou médication équivalente, quand la fièvre est véhémente, on emploiera le traitement antiphlogistique. Si

l'adynamie ou l'ataxie sont prédominantes, la médication par l'alcool aura des effets surprenants, surtout chez les alcooliques. Le délire, chez les individus non adonnés à la boisson, sera combattu efficacement par le chloral.

La lésion du poumon elle-même nécessitera le traitement local, la révulsion par des ventouses scarifiées, des sangsues ou des vésicatoires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — (Inédite), due à l'obligeance de
M. le docteur Lyonnet.

Pierre R..., 27 ans, peintre, célibataire, entre le 3 novembre 1901 à la salle Saint-Pierre, n° 8, à Saint-Pothin.

Mère morte, probablement bacillaire. Une sœur morte de la poitrine.

Pas de manifestations tuberculeuses dans les antécédents personnels. Alcoolisme léger.

Tousse depuis cinq à six mois. Pas d'hémoptysies. Affaiblissement modéré lui permettant de travailler jusqu'à ces derniers temps.

Il y a quatre jours, frissons répétés, vives douleurs thoraciques à la base droite; depuis toux plus fréquente avec crachats jaunes, rougeâtres. Anorexie. Sueurs abondantes. État fébrile.

Aux *poumons* : à droite et en arrière matité de la moitié supérieure; au sommet, *souffle aux deux temps*, à timbre creux, accompagné de râles humides, surtout inspiratoires, devenant ronflants et prenant le caractère de gargouillement après la toux. Au-dessous, *râles humides* aux deux temps devenant moins nombreux à mesure qu'on approche de la base, où ils se trouvent encore en assez grande quantité.

Dans la région axillaire, ces râles sont encore nombreux, et en avant à la base, on trouve un foyer confluent au niveau duquel on entend par instants des frottements, semble-t-il. Au sommet et en avant, submatité. Râles fins dans le creux sus-claviculaire. Respiration rude dans le creux sous-claviculaire.

Au poumon gauche, quelques râles humides et disséminés dans toute la hauteur. Aucun signe net de tuberculose du poumon.

Rien aux autres organes. Pas d'albuminurie.

Température 40°,4. Crachats muco-purulents.

Le 6 novembre, grande amélioration. Défervescence. Pouls normal. Température, 37°.

Aux poumons, on ne trouve plus le souffle. Dans toute la hauteur des deux poumons on entend une grande quantité de râles bullaires de différents calibres avec une prédominance très marquée aux deux sommets, particulièrement au droit, qui reste d'ailleurs submat.

L'expectoration est filante, muco-purulente.

Le 24 novembre, le malade sort guéri ; on ne constate plus aucun signe au sommet droit. Le gauche ne paraît pas suspect.

OBSERVATION II (personnelle).

Jean M..., 27 ans, voiturier, célibataire, entré le 25 décembre 1901, salle Saint-Pierre, n° 27, à Saint-Pothin.

Père bien portant, mère morte de suites de couches. Cinq frères et sœurs bien portants, aucun n'est mort.

Le malade n'a eu aucune affection sérieuse dans l'enfance.

A 21 ans, fièvre typhoïde soignée à l'Hôtel-Dieu ; il est même très affirmatif et dit qu'il fut soigné par les bains.

Cinq années de service militaire en Afrique. Quelques accès de fièvre palustre aussitôt terrassés par le sulfate de quinine.

Il y a huit jours, il eut, dit-il, une indigestion. Une heure

après son repas, il a vomi tout ce qu'il a pris. Depuis lors il se sent assez gravement malade.

Éthylisme : 5 à 6 absinthes ; 7 à 8 litres de vin. Syphilis, il y a huit ans.

Le malade attire surtout l'attention sur son tube digestif. Hier d'ailleurs à son entrée, il présentait des troubles gastriques assez marqués avec une température de 39,9. Mais il semble qu'il faille attribuer cet état thermique à un accès fruste d'impaludisme ; car sous l'influence du sulfate de quinine le tout a rapidement disparu, et ce matin température de 37,1.

A l'examen, la langue est sale, sèche, rouge sur les bords avec un enduit blanchâtre. Le ventre est dur, ballonné.

Le foie est volumineux, de même que la rate. L'appétit persiste.

Rien de spécial au cœur. Artères normales. Pouls bon : 80 pulsations.

Aux *poumons* : à droite, matité complète et très étendue au sommet droit dans le creux sous-claviculaire. Cette matité est de même très nette en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses et descend jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. L'auscultation y révèle de *gros râles muqueux* aux deux temps, augmentant en nombre après la toux. Ils s'entendent dans presque tout le poumon. Dans l'aisselle, foyer de râles fins.

A gauche, la respiration est normale. Quelques sibilances.

Expectoration muqueuse, adhérente, teintée de sang.

Hier, les urines étaient sales, épaisses, avec une quantité considérable d'albumine. Ce matin, elles sont encore colorées, mais il n'y a plus qu'un petit disque d'albumine.

Affaiblissement de la force musculaire dans les membres inférieurs. Exagération des reflexes rotuliens.

Le 27 décembre, les signes stéthoscopiques ont considérablement diminué au sommet droit surtout en arrière. Les râles sous-crépitants humides persistent en avant et à droite. Dans l'aisselle des râles fins éclatent en bouffée.

Le 1^{er} janvier, l'auscultation donne des résultats négatifs au sommet droit. Plus de pseudo-gargouillement. Plus de râles.

La température de 38° est retombée 37°,2. Le malade n'accuse plus aucune gêne fonctionnelle. Il est en pleine convalescence.

Le 3 janvier, le malade part guéri.

OBSERVATION III (personnelle).

Antoine R..., 44 ans, voiturier, rentre à Saint-Pothin, salle Saint-Pierre, n° 14, le 15 décembre 1903.

Père mort très vieux. Mère morte à 60 ans d'affection indéterminée.

Marié. Le malade a eu deux enfants, morts, l'un à 6 mois (cet enfant était né avant terme), l'autre à 5 ans, de la poitrine.

Nie la syphilis. Avoue avoir fait des excès éthyliques. Buvait deux litres de vin, souvent des liqueurs. Pas de maladies graves avant l'affection actuelle.

Il y a 11 jours, le malade aurait pris froid pendant son travail. Il eut, vers midi, un grand frisson et fut obligé de se coucher. Le soir, point de côté à gauche. Les douleurs thoraciques ont persisté du même côté depuis lors ; mais elles n'ont jamais été très vives. Le malade n'a jamais eu beaucoup de dyspnée. Quelques crachats un peu noirs, épais. Mal de tête depuis huit jours. Pas d'épistaxis. Constipation opiniâtre. Insomnie et agitation nocturne.

Actuellement, au repos, pas de dyspnée marquée. 32 respirations à la minute.

A l'examen des *poumons*, submatité dans les fosses sus et sous-épineuses du côté gauche ; sonorité normale dans le reste du poumon. Vibration conservée au niveau de la zone mate.

L'auscultation dans les fosses sus et sous-épineuses gauches donne pendant la toux une pluie de *râles crépitants* fins, éclatants en bouffée, pendant l'inspiration. Il n'y a pas de souffle. Le murmure vésiculaire est normal dans le reste des poumons.

Expectoration adhérente, visqueuse, sucre d'orge.

La pointe du cœur bat dans le 5^e espace sous la ligne mamelonnaire. Souffle systolique dans la pointe, doux, ne se propageant pas dans l'aisselle ni vers l'appendice xiphoïde. Ce souffle varie d'intensité d'un moment à l'autre.

Pouls : tension moyenne, régulier : 92.

Langue sèche, saburrale. Pas de vomissements. Abdomen souple et non douloureux ; pas de gargouillement dans les fosses iliaques. Pas de taches rosées.

Matité hépatique normale. Pas d'ictère.

Les urines présentent un disque net d'albumine.

Température 39.

Pendant trois jours, mêmes symptômes. Le 18, on entend dans la fosse sous-épineuse gauche un souffle double, surtout expiratoire, qui se propage en partie au poumon opposé. Ce souffle est couronné à sa partie supérieure par des bouffées de râles crépitants fins.

Le 19, le malade fait sa défervescence. Température 37.5.

L'état général devient assez bon, et pendant quelques jours on entend, au sommet gauche en arrière, du souffle purement expiratoire avec quelques râles crépitants.

Le malade part guéri le 9 janvier 1904. Les signes stéthoscopiques ont disparu et la respiration est normale dans les fosses sus et sous-épineuses gauches comme dans le reste des deux poumons. L'état général est excellent et la convalescence n'a été traversée par aucun incident. Plus trace d'albumine dans les urines.

OBSERVATION IV (personnelle).

Joseph B..., vitrier, 41 ans, salle Saint-Pierre, n° 22, Saint-Pothin, entré le 13 janvier 1904.

Antécédents héréditaires négatifs.

Pas de renseignements sur son enfance et son adolescence. S'est engagé et a fait son service militaire.

Marié à 26 ans, quatre enfants. Deux sont morts, l'un d'une bronchite à 18 mois, l'autre de méningite à 11 mois. Les deux autres sont bien portants.

A 28 ans, le malade eut une influenza qui dura longtemps, puis une petite bronchite. Il a travaillé longtemps comme garçon de café et a toujours été très alcoolique. Il était dans un état de semi-ébriété tous les jours. Il y a quatre ans, il a travaillé à l'arsenal pendant deux ans, depuis il faisait le métier d'homme de peine.

Jamais de maladie grave depuis sa dernière influenza. Tousse tous les hivers, a quelques points de côté, mais jamais d'hémoptysies, ni de toux émétisante.

Le 26 décembre dernier, le malade est tombé sur les reins dans un escalier. En rentrant chez lui, il se plaignait de douleurs dans les reins et le côté.

Depuis cette chute il semblait se porter moins bien, mais ce n'est que vendredi 8 janvier que l'affection actuelle paraît avoir débuté. Ce jour-là le malade n'est pas allé travailler et il a refusé de manger, ainsi que les journées de dimanche et de samedi. Dans la nuit de dimanche à lundi, petits frissons avec grincements de dents et points de côté à droite. Vomissements de bile et quelques glaires, un peu de diarrhée. Le lundi, il essaye d'aller travailler, mais avant de partir, il se plaignait d'être poursuivi et persécuté. Il resta dehors jusqu'à midi et rentra chez lui, se plaignant d'une grande fatigue. Il s'est couché depuis. Il était très agité et délirait presque constamment. *Délire professionnel*, et on a beaucoup de peine à le retenir au lit. Ne s'est pas plaint de points de côté. Tousse peu. Pas d'expectoration rouillée. Dyspnée à peu près continue.

A son entrée, le malade est très agité, parle avec volubilité et prononce des paroles incohérentes. On le retient au lit avec peine.

Le facies est rouge, vultueux, assez amaigri : pommettes saillantes, amaigrissement du thorax.

Dyspnée au repos. 40 respirations à la minute.

A la percussion du thorax, la sonorité est normale partout, conservée aux deux sommets.

Pas de modification des vibrations.

A l'auscultation : Aux deux bases et à la partie moyenne des poumons, le murmure vésiculaire a conservé son timbre normal. Il en est de même aux sommets en arrière, mais

sous la clavicule, on constate une assez grande différence entre les deux sommets : à droite, la respiration est plus soufflante aux deux temps qu'à gauche. Pas de bronchophonie, ni de pectoriloquie aphone, ni de bruits surajoutés. Rien à l'auscultation de l'aisselle droite.

Expectoration nulle.

Rien au cœur. 100 pulsations.

Langue blanche, saburrale. Anorexie. Ventre dur, tendu.

Pas d'ictère, foie normal.

Le malade est en état de raideur musculaire, pas de parésie. Pas de modification de la sensibilité, ni de troubles du système nerveux, à part le délire de parole et d'action très accusé.

Pas d'albumine.

Le 15 janvier au matin, le malade est un peu plus calme. Il est sommolent, un peu obnubilé et parle seulement quand on l'interroge.

40 respirations à la minute. Pas d'expectoration. Toux rare. Submatité sous l'aisselle droite. Sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse du même côté, la sonorité est normale. Les vibrations sont conservées partout, ne sont nulle part exagérées.

A l'auscultation, signes très nets d'hépatisation du lobe supérieur droit : *souffle tubaire* sous la clavicule droite, *bronchophonie*. On entend le souffle tubaire jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule et au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle. Ici bouffée de râles crépitants inspiratoires. Dans la fosse sus-épineuse droite, souffle expiratoire.

Rien dans les autres parties du poumon où le murmure vésiculaire est normal.

Le 17, la température se maintient aux environs de 40° et l'état du malade est à peu près stationnaire. Hier et cette nuit a reparu le délire violent des premiers jours ; c'est un délire de parole et d'action, presque exclusivement professionnel. Le malade parle de son métier, veut se lever, aller à son travail. Les signes stéthoscopiques sont un peu modifiés ; sous la clavicule droite, on entend, en plus du souffle tubaire, une bouffée de râles crépitants fins inspiratoires.

Dans la fosse sus-épineuse droite, souffle tubaire mais pas de râles.

Le 20, le malade a fait sa défervescence. Le délire a disparu dans la nuit et actuellement il ne persiste qu'une obnubilation légère. Le malade ne se rappelle pas comment il a été amené ici, ni par qui. Il sait seulement qu'il a dû se coucher chez lui pour un point de côté et des frissons. Il avoue d'ailleurs ses excès alcooliques.

A noter, l'apparition dans la journée d'hier, d'une *expectoration* visqueuse, adhérente, couleur sucre d'orge, caractéristique, alors que jusqu'à ce jour l'expectoration avait manqué. Comme signes physiques, on trouve sous la clavicule droite des râles crépitants fins avec quelques râles sous-crépitanants aux deux temps. Souffle tubaire aux deux temps. Bronchophonie. Submatité sous la clavicule droite et sous l'aisselle du même côté. En arrière, sonorité normale partout, mais souffle tubaire dans la fosse sus-épineuse droite. Murmure vésiculaire normal dans le reste du poumon droit.

Les urines ne renferment plus d'albumine. La digitale (XL gouttes de digitaline) qui avait été donnée pendant les cinq premiers jours est supprimée depuis hier.

Le 25, la température qui était restée au-dessous de 38 depuis la défervescence, s'est élevée avant-hier et hier à 38 et 38.2 pour retomber aujourd'hui à 37.4. Le malade se plaint d'une petite toux quinteuse qui s'accompagne d'une expectoration muco-purulente, un peu visqueuse, mais de moins en moins adhérente. A l'auscultation sous la clavicule, sous l'aisselle et dans les fosses sus et sous-épineuses droites, on entend des *râles sous-crépitanants* moyens et gros aux deux temps. Le souffle tubaire a disparu ainsi que la bronchophonie

L'état général est bon. Le malade n'est plus obnubilé et répond parfaitement quand on l'interroge.

Le malade quitte le service le 7 février au matin. La température est normale depuis le 25 janvier et la toux a disparu complètement, de même l'expectoration. Plus de signes d'induration au sommet droit.

État général excellent. Le malade a refusé d'aller à Longchène et préféré reprendre ses occupations.

Résumé : Pneumonie du sommet droit ; alcoolisme ; début insidieux ; délire violent depuis le troisième jour jusqu'à la défervescence. Absence d'expectoration pendant presque toute la période d'état. Signes physiques seulement le cinquième jour. Recrudescence thermique légère pendant la convalescence.

OBSERVATION V. (Personnelle.)

Ch.... Claude, 23 ans, tailleur d'habits, entre le 11 février 1904, à Saint-Pothin, salle Saint-Pierre, n° 5.

Père mort de gastrite à 62 ans. Mère bien portante. Un frère et deux sœurs en bonne santé. Deux frères morts, l'un à 7 ans, à la suite d'une chute, l'autre à 12 ans d'affection indéterminée. Pas de tuberculose dans la famille.

Pas de maladie dans l'enfance, jamais de glandes. Rougeole il y a deux ans ; l'éruption aurait duré dix jours et la convalescence quinze jours. Ajourné deux fois pour faiblesse de constitution. Depuis trois ans, le malade habite Lyon et, bien qu'il n'ait jamais eu d'autres maladies que des gripes ou des bronchites de peu de durée, il prétend n'avoir jamais joui d'une bonne santé. Constipation habituelle. Tousse chaque hiver.

Nie la syphilis et l'alcoolisme.

Rentre pour une affection aiguë qui a débuté il y a six jours, le 5 février dernier. Ce jour-là, le malade a eu un peu d'angine. Il se sentait fatigué, souffrait de maux de tête, de douleurs lombaires ; lassitude générale. Il continua malgré cela son travail, ainsi que le lendemain ; mais le 7, il dut s'aliter et il a gardé le lit depuis. A ce moment, l'angine aurait disparu, mais le malade a eu quelques frissons, des sueurs et un point de côté sous le sein gauche. Ce point douloureux a persisté pendant trois jours, exaspéré par les mouvements la toux, les efforts respiratoires et accompagné d'une dyspnée assez vive. Depuis le 7 également, petite toux

fréquente avec expectoration, sanguinolente dans la journée du 10, mais peu abondante. Le 9, épistaxis : environ deux cuillerées de sang. Anorexie complète, mais ni nausées, ni vomissements. Pas de douleurs abdominales. Constipation qui a cédé à un lavement purgatif. Quelques douleurs dans les lombes et les membres inférieurs. Insomnie complète et agitation nocturne ; pas de maux de tête ni de bourdonnements d'oreilles.

A son entrée, le 11 : au repos, respiration accélérée, 32 par minute, brève, superficielle. Thorax amaigri avec saillie des omoplates et dépression au niveau du creux sous-claviculaire. Sonorité normale partout, en avant comme en arrière. Pas de modifications des vibrations.

A l'auscultation, murmure vésiculaire normal dans la fosse sous-claviculaire droite et dans la moitié du poumon droit en arrière. Dans la moitié inférieure du poumon du même côté, quelques râles sibilants.

Au poumon gauche, dans la fosse sus-épineuse, *souffle expiratoire* contre la colonne. Plus en dehors, *râles humides*, crépitants, éclatant à l'inspiration. Respiration normale à la base. En avant, sous la clavicule et dans les deuxième et troisième espaces intercostaux, nombreux râles crépitants fins inspiratoires. Pas de souffle.

Expectoration visqueuse, adhérente, rouillée.

La pointe du cœur est dans le cinquième espace, à un travers de doigt en dedans de la ligne mamelonnaire. Bruits accélérés, mais réguliers, bien frappés, sans souffle. Pouls à 120, régulier et de tension moyenne.

Langue saburrale, sèche. Pas de douleur au creux épigastrique. Abdomen tendu, se laisse mal déprimer, mais n'est pas douloureux à la pression. Pas de gargouillement dans les fosses iliaques. Matité hépatique normale. Rate non perceptible.

Pas de troubles du système nerveux.

Léger disque d'albumine.

Dans la journée du 12, le malade est resté le même qu'à son entrée. La nuit du 11 au 12 a été assez calme, le malade a dormi un peu et est resté assoupi.

Mais la nuit suivante a commencé un *délire violent* de

paroles et d'actions qui est arrivé à son summum dans la matinée du 13 et pendant la visite. On a dû transporter le malade d'une petite chambre, où il avait été mis le jour de son entrée, dans la grande salle pour qu'il put être plus facilement surveillé. Pendant ce transfert, il s'est brusquement échappé du brancard, s'est levé en criant : au feu, et à couru à une fenêtre, dont il a brisé un carreau, la tête première. On est alors parvenu à l'arrêter et à le conduire dans son lit. Il n'avait que quelques écorchures sans importance à la face. Dans le lit il a continué à gesticuler et à crier, disant qu'on allait le faire brûler vif, qu'il y avait le feu et qu'il voulait se sauver. On a dû lui mettre la camisole de force.

Pendant la visite, le malade chante ou pousse des cris intenses ; il paraît avoir oublié l'obsession du feu et a un délire plutôt gai. Il répond par des chansons aux questions qu'on lui pose. A cause du bruit qu'il fait on décide de l'isoler en lui laissant la camisole de force, et on prescrit 3 grammes de chloral.

La température qui était de 40°,2 le soir de l'entrée, de 40°,2 et de 40°,8 dans la journée d'hier, n'est plus ce matin que de 39°,5. A l'auscultation, rendue difficile par l'agitation du malade, on entend toujours sous la clavicule et dans les trois premiers espaces intercostaux du côté gauche une bouffée de râles crépitants fins inspiratoires sans souffle.

Le délire a persisté dans la journée du 13 jusqu'à 2 heures du soir. Puis le malade s'est assoupi ; le 13 au soir, la température n'était plus que de 38°,2. Le malade était obnubilé sommolent et ne semblait pas se rendre compte de son état. On ne lui donne plus de chloral.

La nuit du 13 au 14, sueurs abondantes ; le 14 au matin, la température de 37°,6 a complètement disparu, et le malade est aussi calme qu'à l'entrée. Il ne se rappelle pas son agitation de la veille, mais comme on la lui a raconté, il en a honte et en demande pardon, Le 14 au soir, température de 37°,8.

Le 15 au matin, la défervescence est achevée, 37°,2. Les signes physiques sont les suivants :

Submatité sous la clavicule gauche. Vibrations normales. Souffle tubaire double sous la clavicule gauche ; bouffée de

râles crépitants fins dans les deuxième et troisième espaces intercostaux au-dessous du souffle. Bronchophonie. Dans la fosse sus-épineuse gauche quelques râles crépitants. Murmure vésiculaire normal dans le reste du poumon.

Expectoration rouillée adhérente.

Urines sans albumine.

Le malade nie toujours tout excès alcoolique et paraît sincère.

Le 19, la température se maintient normale et la convalescence se fait simplement. L'expectoration rouillée a disparu ; sous la clavicule gauche, on entend maintenant des râles humides aux deux temps et le murmure vésiculaire a repris son timbre normal ainsi que dans la fosse sus-épineuse.

Le malade quitte le service le 9 mars, complètement guéri. Rien à signaler dans l'évolution de la convalescence.

Résumé : Pneumonie du sommet gauche chez un jeune homme de 24 ans, malade depuis trois ans ;

Pas d'alcoolisme, ni d'antécédents nerveux ;

Délire violent précyclique, le jour et la veille de la défervescence.

OBSERVATION VI (inédite), due à l'obligeance de M. Revol, interne des hôpitaux, service de M. le Professeur Bondet.

D., Justin, 43 ans, manoeuvre, rentre le 21 janvier 1904 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin.

Père mort accidentellement, mère, d'affection inconnue ; quatre frères ou sœurs bien portants.

Le malade est marié ; sa femme est bien portante, ainsi que ses quatre enfants.

Éthylisme, pas d'affection vénérienne. Pas de maladie antérieure, sauf une *pleurésie* gauche il y a cinq ans, soignée

chez M. Lépine. Deux ponctions avec un peu de liquide chaque fois. Bonne santé après la pleurésie. Pas de rhumes les hivers.

Il y a quinze jours, amaigrissement, toux, expectoration. Douleur dans le côté droit. Le malade a cessé son travail le 15 janvier et s'est alité le 16.

A l'entrée : facies plutôt vultueux, léger amaigrissement, affaissement des fosses sus et sous-épineuses, surtout du côté droit. La percussion du sommet droit, en arrière, est douloureuse et provoque des contractions fibrillaires assez marquées.

Affaissement de la base gauche, diminution d'ampliation.

Au *poumon droit, en arrière* : diminution de la sonorité avec exagération des vibrations dans toute la hauteur, mais surtout au sommet. Au *sommet* : souffle *tubo-creux*, expiratoire, occupant les fosses sus et sous-épineuses ; *bronchophonie, pectoriloquie aphone* ; quelques *râles humides*, disséminés, assez discrets après la toux : celle-ci est éclatante.

En avant : sous la clavicule un peu de submatité avec expiration soufflante. Pas de râles.

Au *poumon gauche* : obscurité dans toute la hauteur, diminution de la respiration ; pas de bruits anormaux.

Expectoration gommeuse, visqueuse, colorée, jus de chique. Pas de bacilles de Koch le 30 janvier 1904.

Cœur : pointe dans le cinquième espace sous le mamelon : bruits normaux réguliers ; ni souffle, ni frottement.

Pouls tendre, vibrant. 100 pulsations.

Rate un peu grosse. Foie normal.

Langue rôtie desquamée sur les bords et à la pointe. Un peu d'herpès labial. Pas de mal de gorge. Pas de troubles gastro-intestinaux. Pas de troubles nerveux.

Urines sans albumine. Température 40°2.

Déferescence le 23 janvier. Le 24, la température est à 37°2 et on constate de la diminution de la sonorité au sommet droit, dans la fosse sus-épineuse et sous la clavicule. La respiration est diminuée et plus rude. Quelques râles. Souffle léger.

La convalescence se fait normalement.

Le 26, la radiographie pratiquée par M. le Dr Barjon, médecin des hôpitaux, révèle au sommet droit une obscurité presque analogue à celle de la tuberculose. Dans la fosse sus-épineuse droite, espace rond assez clair entouré d'obscurité. Pourtant, la limite inférieure de l'obscurité, en arc de cercle, donne bien la ligne nette de séparation du bloc hépatisé d'avec le reste du poumon non atteint. Presque rien au sommet gauche.

La radiographie faite à plusieurs reprises montre toujours cette zone claire supérieure avec la même obscurité, mais le sommet se fait de plus en plus clair et la limite inférieure remonte.

Le 8 février, on entend encore un léger souffle au sommet en arrière dans la fosse sus-épineuse droite.

Le 23 février, pas de modification sensible de la sonorité. Augmentation très nette des vibrations au sommet droit en avant et en arrière. Légère diminution de la respiration, ni souffle, ni râles, même après la toux. Expectoration insignifiante.

Le 9 mars, à la radioscopie, on ne voit plus du tout la ligne de démarcation interlobaire, le sommet du poumon gauche s'éclaire bien au-dessus et au-dessous de la clavicule. Bases normales.

Le 14 mars, le malade sort bien guéri.

OBSERVATION VII (inédite .

due à l'obligeance de M. le Dr Mouisset, médecin des hôpitaux.

B..., Joseph, âgé de 69 ans, cultivateur, rentre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, le 6 janvier 1903.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Pas d'enfants.

Deux fluxions de poitrine antérieures, dit-il, une à 25 ans, l'autre à 40 ans. Paludisme à l'âge de 18 ans, durant quatre ans environ. Il habitait alors Rodez. Il en est complètement guéri.

Il y a huit jours, le mardi 30 décembre, il fut pris dans la nuit de frissons, de points de côté, et a du garder le lit depuis cette époque. Il entre à l'Hôtel-Dieu pour cette affection thoracique

Le 6 janvier : *Aux poudons*. -- *En arrière* : à gauche, pas de modification de la sonorité. A l'auscultation, râles rares, ronflants et sibilants. Quelques-uns humides.

A droite, matité à la pointe de l'omoplate allant vers l'aiselle. A l'auscultation : au sommet et à la partie moyenne, quelques râles de bronchite. Sous l'aisselle, foyer de râles crépitants, à la fin de l'inspiration ; plus bas, râles un peu plus volumineux, inspiratoires aussi, mais plus humides.

En avant, à gauche, quelques râles de bronchite inspiratoires ; à droite, matité et râles crépitants.

Expectoration rougeâtre ces jours derniers, dit-il.

Au cœur, on sent mal la pointe, elle semble battre dans le 5^e espace. Bruits assez faibles et normaux ; pas de souffle ni de galop.

Pouls irrégulier et petit. Marque 108.

Foie normal. Langue sale, blanche. Selles normales.

Pas d'œdème des jambes. Varices et eczéma variqueux.

Un peu de délire. Adynamie extrême.

Température 37°,5. Albumines et urates dans les urines.

Le malade semble être arrivé au moment de la défervescence d'une pneumonie du sommet droit.

Il allait partir quand, vers le 20 février il est pris à nouveau de signes thoraciques. Les signes de la percussion n'avaient pas disparu et en même temps apparurent des signes de bronchite bilatérale.

Toujours de l'albumine.

Puis on a vu successivement se produire les phénomènes suivants :

Hémiplégie droite incomplète avec aphasia passagère.

Poussée aiguë de néphrite : urines très rares, rouges, sanglantes avec albumine et cylindres.

Après une amélioration produite dans les urines, on a des troubles circulatoires progressifs, gros œdèmes, faiblesse cardiaque, œdème pulmonaire prédominant à droite du côté de l'hépatisation ancienne, cyanose progressive.

L'autopsie, pratiquée le 23 avril 1903, a confirmé les constatations cliniques qui avaient fait porter le diagnostic suivant :

Artério-sclérose. Néphrite chronique *Pneumonie du sommet droit, défaut de résolution, pneumonie chronique.* Poussée aiguë de néphrite, troubles circulatoires par réouverture du trou de Botal.

Autopsie : Adhérences dans toute la moitié supérieure du poumon droit, surtout marquées au sommet. La plèvre le coiffe comme d'une coque blanche épaisse à ce niveau de 3 à 4 millimètres. Dans le quart inférieur la plèvre est moins adhérente et moins épaisse. A la base il existe un point de pleurésie diaphragmatique enkystée : 100 gr. de liquide louche.

Poumon droit lourd, pèse 1.250 gr.

A la coupe le poumon est dur. Ouvert, il ne s'affaisse pas. conserve sa forme.

Le sommet et la partie moyenne présentent une zone de coloration grise, qui rappelle la coloration de l'hépatisation grise, mais qui s'en distingue par l'absence de liquide purulent s'écoulant à la surface par la pression. On voit au contraire sourdre de la sérosité d'œdème provenant des parties qui ne sont pas hépatisées. Pas de tubercules ni dans le poumon ni dans la plèvre. Au hile ganglions un peu volumineux.

Poumon gauche 150 gr. Pas d'adhérences à son niveau. Le parenchyme ne présente rien d'anormal.

Cœur : augmenté de volume, pèse 630 gr. Liquide dans péricarde. Persistance du trou de Botal. Valvules de l'aorte suffisantes. Ventricule gauche hypertrophié.

Reins : quelques kystes de petit volume. L'aspect général est blanchâtre. La capsule n'est pas épaisse. En la détachant elle se déchire.

Foie cardiaque. Rate congestionnée.

Cerveau : sur hémisphère gauche on trouve, au niveau de l'insula, un foyer de ramollissement déjà ancien. Les coupes de l'hémisphère droit et du cervelet ne montrent rien d'anormal.

Voici le compte rendu n° 212 de l'examen histologique du poumon droit pratiqué par M. le Prof. agrégé Paviot.

Poumon. En surface, épaisse nappe de graisse sous-pleurale. Au-dessous grosse coque fibreuse ancienne (très ancienne adhérence) avec points et traînées de cellules embryonnaires. La partie profonde de la coque est anthracosique, il y a des nodules fibreux surajoutés qui répondent à de très vieux tubercules guéris. Puis on arrive à un parenchyme pulmonaire parcouru par des travées anthracosiques descendant de la plèvre; une sclérose fibroïde épaissit toutes les parois alvéolaires ou bien plutôt circonscrit des alvéoles emphysémateuses. Mais rien de récent ou d'actuel comme exudat alvéolaire. Quelques points embryonnaires récents dans les travées scléreuses cloisonnantes (comme dans la coque pleurale).

OBSERVATION VIII, communiquée par M. le Dr Audry,
médecin des hôpitaux.

Ch ... Auguste, âgé de 4 ans, rentre le 8 décembre à la Charité, salle Sainte-Aline.

Père et mère bien portants. Un frère aîné âgé de 6 ans, atteint de bronchite chronique.

Personnellement, rougeole à 2 ans. Depuis un mois l'enfant a changé de caractère, devient morose, grognon, perd l'appétit, maigrit et tousse. Il devient nerveux, agité, a des sueurs pendant la nuit. Depuis quatre jours, il accuse des douleurs de tête, se plaint du ventre, présente de la diarrhée. T. 39,9 le soir. Pas d'épistaxis.

Examen à l'entrée : Aux poumons, respiration bronchitique en arrière. En avant, à droite, au sommet, matité nette; à l'auscultation, respiration très soufflante. Pas de râles.

Rien au cœur. Léger disque d'albumine dans l'urine.

T. 40°.

10 décembre. L'enfant s'est plaint de la tête et a eu des vomissements. La température, qui était tombée à 37° le 9 au soir, est remontée ce matin à 40°. Céphalée violente avec cris. *Délire* avec agitation. L'enfant parle constamment. A l'examen du poumon, matité et *souffle tubaire* intense au sommet droit en avant. Au sommet gauche, submatité en avant. Rien en arrière.

11 décembre. La température est retombée hier soir. Tout délire a disparu. L'enfant est en très bon état.

La guérison se fait assez rapidement.

CONCLUSIONS

I. En général, la pneumonie du sommet est plus rare que celle de la base. Elle est toutefois plus fréquente chez le vieillard et chez l'enfant. Chez l'adulte, elle paraît en rapport avec la débilitation de l'organisme et l'alcoolisme. Elle reconnaît les mêmes conditions étiologiques que les autres variétés de pneumonie. Mais la faiblesse de l'économie et l'alcoolisme semblent favoriser la localisation du pneumocoque au sommet, qui est d'autre part la partie du poumon la moins résistante et la plus apte à retenir les microbes.

Elle siège plus souvent à droite qu'à gauche.

II. Les symptômes, tout en ressemblant à ceux de la pneumonie de la base, présentent quelques particularités : les signes physiques sont plus cachés et moins nets ; l'expectoration peut manquer ou être tardive ; les autres signes peuvent passer inaperçus, surtout chez le vieillard, qui serait en outre sujet à des complications nerveuses. Le délire est fréquent,

spécialement chez l'alcoolique. Chez l'enfant, les accidents cérébraux ou méningitiques sont parfois très accusés.

III. Dans certains cas le diagnostic est difficile. La pneumonie peut se présenter avec des signes pseudo-cavitaires et des antécédents douteux et ressembler à une tuberculose à la troisième période.

IV. Le début est insidieux, la marche rapide. Quelquefois l'hépatisation grise peut se faire ou la pneumonie passer à l'état chronique.

V. Le pronostic est grave, mais seulement en raison du mauvais état général antérieur.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. BONDET.

Vu :
POUR LE DOYEN,
L'Assesseur,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Andral. — Clinique médicale, 4^e édition, t. II.
- Aufrecht. — Art. Pneumonie, in Thér. et pathol. de Nothnagel, Vienne, 1897.
- Barth. — Art. Pneumonie, in Dict. Dechambre.
- Barth et Roger. — Traité pratique d'auscultation.
- Bochknoff. — Contribution à l'étude de la Pneumonie du sommet; thèse Montpellier, 1900-1901.
- Barthéz et Sanné. — Maladies des enfants. Pneumonie.
- Bouillaud. — Clinique médicale.
- Brouardel et Gilbert. — Traité de médecine.
- Carnot. — Presse médicale, 1902, n° 8.
- Charcot. — Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et sur les maladies chroniques.
- Charcot. — Les pneumonies chroniques. Thèse de concours, 1860.
- Chomel. — Dict. de méd., 2^e édition, t. XXV.
- Collet. — Précis de pathologie interne.
- Damaschino. — Des différentes formes de pneumonie chez les enfants. Th. Paris, 1867.
- De Brun (de Beyrouth). — Les résonnances tympaniques de la pneumonie aiguë. Revue de méd., 10 nov. 1901.
- Desgranges. — La pneumonie des vieillards. Thèse Paris, 1897.
- Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.
- Dubrécé. — Contribution au diagnostic de la pneumonie infantile. Thèse Paris, 1901-1902.
- Durand-Fardel. — Traité des maladies des vieillards.

- Fontaine. — Du délire dans la pneumonie. Th. Paris, 1898.
- Fournier. — Art. Alcoolisme, Dict. Dechambre.
- Germain Sée. — Traité clinique.
- Gery. — De la pneumonie des alcooliques. Th. Paris, 1871.
- Grisolle. — Traité de la pneumonie, 1841.
- Haurezard. — Étude clinique sur les diverses variétés de pneumonie. Thèse Paris, 1867.
- Herard et Cornil. — De la phtisie pulmonaire, 1876.
- Laënnec. — Traité de l'auscultation médicale.
- Lancereaux. — Cliniques médicales de la Pitié et Hôtel-Dieu, 1879-1897.
- Laveran et Teissier. — Manuel de pathologie interne.
- Laclantre. — Difficulté du diagnostic de la pneumonie au début chez les enfants. Thèse Paris, 1896.
- Lépine. — Art. Pneumonie, in Jaccoud.
- Le Sage. — Pneumonie du sommet. Thèse Paris, 1896.
- Marfan. — Traité Charcot-Bouchard, t. IV.
- Netter. — Charcot-Bouchard.
- Neumayer. — Thèse Paris, 1901. Signes pseudo-cavitaires dans la pneumonie.
- Petresco. — Traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses. Rev. de méd., 1893.
- Peter. — Leçons de clinique médicale, t. I, 1877.
- Rat. — De la pneumonie chez les vieillards. Thèse Paris, 1895.
- Rillet et Barthez. — Traité des maladies de l'enfance.
- Robin et Teissier. — Pneumonie des vieillards. Gazette médicale, 17 mai 1890.
- Siems. — Pleurésies para-pneumoniques. Th. Paris, 1901.
- Saint-Ange. — La pneumonie du sommet. Th. Paris, 1878.
- Trousseau. — Clinique médicale.
- Terrile et Giordano. — Délire dans la pneumonie, in Clin. med. italiana.
- Weill. — Précis de méd. infantile.
- Voillez. — Maladies de l'appareil respiratoire.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	5
Introduction	7
Chapitre I, étiologie.....	9
Chapitre II, symptômes et complications.....	15
Chapitre III, diagnostic.....	25
Chapitre IV, évolution.....	31
Chapitre V, pronostic et traitement.....	33
Observations.....	37
Conclusions	55
Index bibliographique	57
